

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE**

**Oggetto: Avviso di manifestazione di interesse per l'individuazione di soggetti Co-Finanziatori del progetto PILLOLE DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, C.F. \_\_\_\_\_, residente  
a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, nella sua qualità  
di (rappresentante legale, procuratore) di \_\_\_\_\_, con sede in  
\_\_\_\_\_, Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
C.F./P.IVA \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Visto l'avviso di manifestazione di interesse per l'individuazione di soggetti Co-Finanziatori del progetto PILLOLE DI SALUTE, pubblicato sul sito di ANCI LOMBARDIA SALUTE.

**MANIFESTA IL PROPRIO INTERESSE**

A stipulare partenariato con l'Associazione ANCI LOMBARDIA SALUTE come co-finanziatore del progetto PILLOLE DI SALUTE per una quota pari a

- ☐ 1.000 (mille) €
- ☐ 5.000 (cinquemila) €
- ☐ 10.000 (diecimila) €
- ☐ 20.000 (ventimila) €
- ☐ \_\_\_\_\_ €

**ACCETTA** le condizioni indicate nell'avviso di manifestazione di interesse per l'individuazione di soggetti Co-Finanziatori del progetto PILLOLE DI SALUTE.

Il legale rappresentante  
Timbro e firma

(Allegare copia fotostatica del documento di identità)